



MED-REVIEW



VIAS BILIARES II

COLEDOCOLITÍASE E COLANGITE AGUDA:
DO CÁLCULO OBSTRUTIVO À SEPSE BILIAR

Antes de você mergulhar nesse conteúdo, é importante entender quem somos e por que milhares de médicos e residentes confiam na gente.

A **MED-Review** é uma das maiores plataformas de ensino médico do Brasil.

Criada por médicos, para médicos, ela tem uma missão clara: **transformar a forma como você aprende e se prepara, não só para as provas mais exigentes da carreira, mas para a vida profissional.**



Nossa metodologia une:



Didática Absurda



Estudo Ativo & Repetição Espaçada



Neurociência

Tudo isso para fazer você aprender mais em menos tempo, com conteúdo direto ao ponto, leve e, acima de tudo: eficiente.



Aulas com linguagem acessível e visual envolvente.



Simulados mensais.



Qbank com milhares de questões comentadas e filtros inteligentes.



Suporte próximo para dúvidas.



Flashcards com memória visual e repetição espaçada.

Dezenas de milhares de médicos já fazem parte dessa jornada.

E agora, você também pode dar o próximo passo.



MED-REVIEW

ESTÁ SEM TEMPO?

O QUE MAIS CAI EM PROVA NESSE TEMA

A tabela abaixo é o seu mapa de prioridades. Os exames de imagem e a estratificação de risco (ASGE/ Tokyo) são o foco das questões.

Tema	O Pulo do Gato (Clínica e Diagnóstico)	Conduta e Decisão (O que marcar)
Coledocolitíase	Origem: Secundária (migrou da vesícula) em 90%. Clínica: Icterícia Flutuante (intermitente) + Colúria + Acolia. Diferente do câncer, onde a icterícia é progressiva (só piora).	Tratamento Definitivo: 1. Limpar o colédoco (CPRE). 2. Tirar a vesícula (Colecistectomia).
Risco ASGE (Quem vai p/ CPRE?)	ALTO RISCO (>50%): • Cálculo visto no USG. • Colangite Aguda. • BT > 4 mg/dL + Dilatação (>6mm). MÉDIO RISCO (10-50%): • Idade > 55, Enzimas alteradas ou Dilatação isolada.	ALTO RISCO: Vai direto para CPRE Terapêutica. MÉDIO RISCO: Exame confirmatório antes (ColangioRM ou Ecoendoscopia). BAIXO RISCO: Colecistectomia Direta.
Colangite Aguda	Tríade de Charcot: Febre + Icterícia + Dor Abdominal (Indica Infecção Local). Pêntade de Reynolds: Charcot + Hipotensão + Confusão Mental. (Indica Choque Séptico - Gravidade).	Diagnóstico (Tokyo 18): Exige 1 item de cada pilar: (A) Inflamação + (B) Colestase + (C) Imagem.
Gravidade e Timing (Tokyo Guidelines)	GRAU III (Grave): Tem Disfunção Orgânica (Hipotensão, IRPA, Creatinina >2, Plaquetas <100k). GRAU II (Moderada): Leucócitos >12k ou <4k, Febre ≥ 39°C, Idade ≥ 75, Hipoalbuminemia. GRAU I (Leve): Sem disfunção ou critérios de risco.	GRAU III = EMERGÊNCIA: Drenagem Biliar Imediata (assim que estabilizar hemodinâmica). GRAU II = URGÊNCIA: Drenagem Precoce (CPRE em < 24-48h). GRAU I = CONSERVADOR: Antibiótico inicial. Drenar eletivo.

COLEDOCOLITÍASE:

A PEDRA NA VIA PRINCIPAL

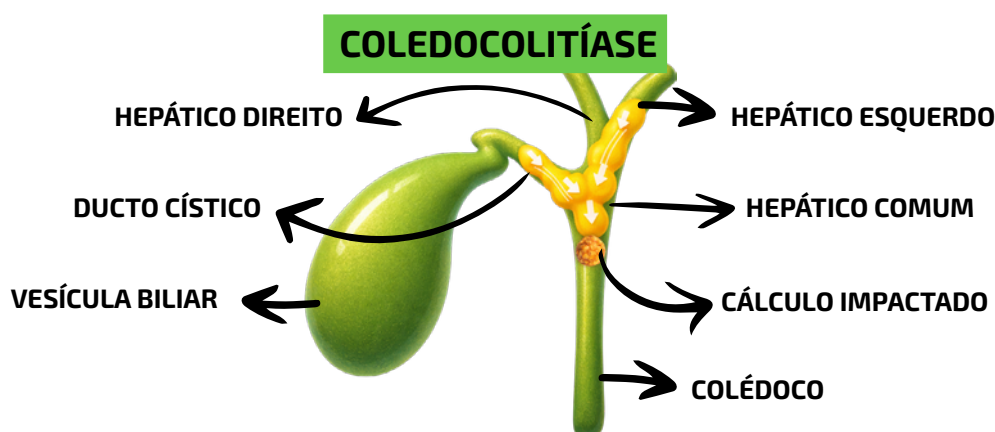


DEFINIÇÕES E CONTEXTO CLÍNICO

Estamos avançando no estudo das patologias agudas das vias biliares. Vimos anteriormente a coledocolitíase (pedra na vesícula) e a colecistite (inflamação da vesícula). Agora, o cálculo migra, descendo pela via biliar principal.

A **coledocolitíase** é definida pela presença de cálculos dentro do ducto colédoco. Existem duas classificações principais:

1. **Coledocolitíase Primária:** É, rara (1%–5% dos casos). Os cálculos (geralmente pigmentares marrons) surgem dentro do próprio colédoco, frequentemente associados à estase, estenose, infecção crônica ou cistos da via biliar.
2. **Coledocolitíase Secundária:** É, disparadamente, a forma mais comum (90% dos casos). O cálculo se forma na vesícula biliar (coledocolitíase) e migra, impactando no ducto colédoco.



Outra dúvida muito comum no consultório e na prova é: “Doutor, eu já tirei a vesícula, como é que eu tenho pedra de novo?”. Quando encontramos um cálculo no colédoco em um paciente já colecistectomizado, usamos o critério temporal para definir a origem:

1. **Coledocolitíase Residual:** O cálculo é diagnosticado precocemente (geralmente **menos de 2 anos** após a cirurgia). Isso significa que a pedra **já estava lá** durante a colecistectomia (era uma coledocolitíase secundária) e não foi diagnosticada ou removida no ato cirúrgico.
2. **Coledocolitíase Recorrente (Primária):** O cálculo surge tardiamente (**mais de 2 anos** após a cirurgia). Nesse caso, trata-se de um novo cálculo (geralmente pigmentar marrom) formado de novo dentro do colédoco devido à estase biliar ou infecção, não sendo uma “sobra” da vesícula.



PENSA COMIGO

Se o cálculo se forma na vesícula e migra para o colédoco (secundária), o tratamento definitivo exige dois passos: limpar o colédoco **E** remover a vesícula biliar (colecistectomia) para fechar a "fábrica de pedras".

Quadro Clínico (Icterícia e Estase)

A obstrução do colédoco interrompe o fluxo da bile do fígado para o duodeno. O aumento da pressão a montante resulta na manifestação clínica principal: a **Icterícia Colestática**.

O Padrão Flutuante: Diferente das neoplasias (que causam icterícia progressiva e contínua), na coledocolitíase a icterícia é tipicamente **flutuante**.

- Por que? O cálculo pode se mover ("sambar") dentro do ducto ou o edema pode diminuir temporariamente, permitindo a passagem de um pouco de bile. O paciente fica mais ou menos amarelo ao longo dos dias.

Outros Sintomas (A Tríade Clássica da Obstrução):

1. **Colúria:** Urina cor de "Coca-Cola" (bilirrubina direta no sangue é filtrada pelo rim).
2. **Acolia Fecal:** Fezes cor de "massa de vidraceiro" (a bile não chega ao intestino para dar cor às fezes).
3. **Prurido:** Coceira intensa (acúmulo de sais biliares na pele).

O ALGORITMO DE OURO (ASGE 2019)

Estratificação de Risco e Conduta

No pronto-socorro, diante de uma icterícia ou alteração de enzimas, você não pode pedir CPRE para todo mundo (é um exame invasivo, caro e com risco de pancreatite). Você deve usar a **Estratificação de Risco da ASGE** (American Society for Gastrointestinal Endoscopy) para decidir o próximo passo.

1. **ALTO RISCO (Probabilidade > 50%):** O paciente tem "passaporte carimbado" para o tratamento direto.
 - **Critérios (Basta 1):**
 - Cálculo visível no colédoco (USG).
 - Colangite aguda.
 - Bilirrubina Total > 4 mg/dL **E** Colédoco dilatado.
 - **CONDUTA:** Vai direto para **CPRE Terapêutica**.

2. **MÉDIO RISCO (Probabilidade 10% – 50%):** É a zona cinzenta. O paciente tem chance de ter pedra, mas não o suficiente para arriscar uma CPRE direta.

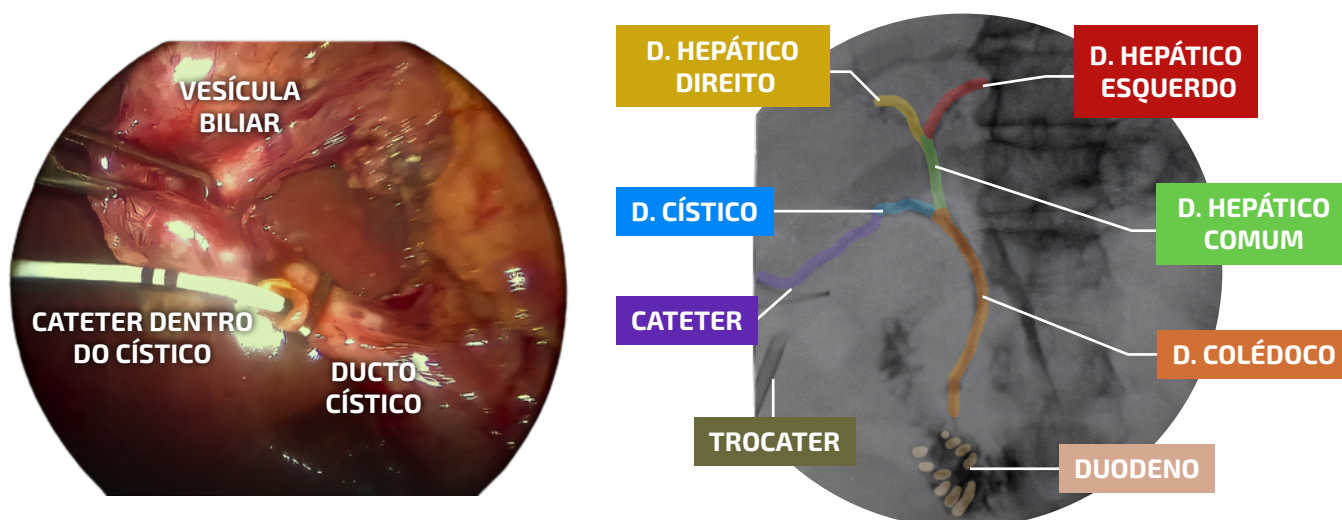
- **Critérios:**

- Alteração de testes bioquímicos hepáticos (TGO, TGP, FA, GGT, Bilirrubina).
- Idade > 55 anos.
- Dilatação da via biliar no USG (> 6mm).

- **CONDUTA:** Precisa de um exame confirmatório menos invasivo antes.

- Opção 1 (Padrão): **Colangioressonância (ColangioRM).**
- Opção 2: **Ecoendoscopia (EUS).**
- Opção 3: Colecistectomia + colangiografia intraoperatória

COLANGIOGRAFIA INTRAOPERATÓRIA



3. **BAIXO RISCO (Probabilidade < 10%):** Provavelmente é apenas pedra na vesícula ou outra causa.

- **Critérios:** Nenhum dos anteriores.

- **CONDUTA:** Segue para **Colecistectomia Laparoscópica** (para tratar a colelitíase) sem investigação adicional do colédoco.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Do Ultrassom à CPRE

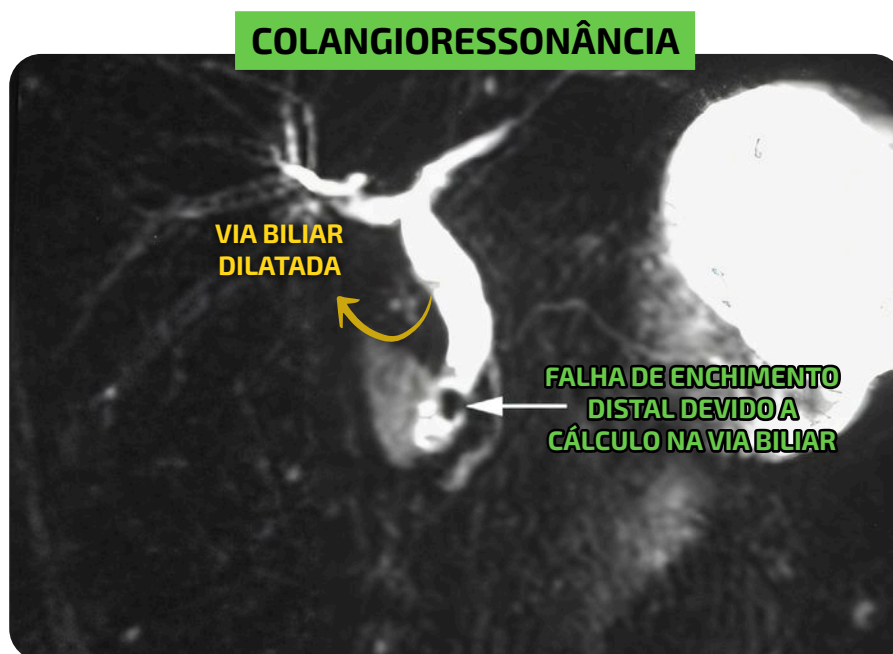
1. **Ultrassom (USG) - O "Screening"** É o primeiro exame.

- Limitação: Frequentemente não vê a pedra no colédoco (gases intestinais atrapalham).
- Utilidade: Vê a dilatação (> 6mm). Via biliar dilatada é o maior sinal de alerta indireto.

2. Colangioressonância (ColangioRM) - O Padrão-Ouro Diagnóstico

Ideal para o grupo de **Risco Intermediário**.

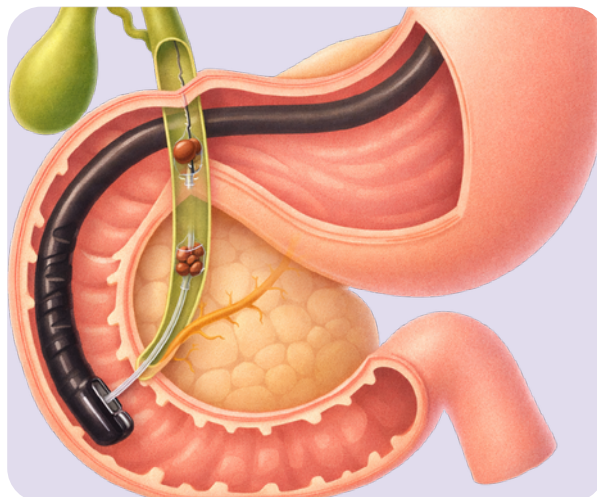
- Técnica: Não invasiva. Usa a bile como contraste natural (T2).
- Imagem: O cálculo aparece como uma "falha de enchimento" (hipointenso/preto) no meio da bile branca. Sensibilidade de 95%.



3. CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica) É o procedimento endoscópico que "mata dois coelhos": confirma o diagnóstico e retira a pedra.

- Indicação: Pacientes de **Alto Risco** ou após confirmação por ColangioRM.
- Risco: Pancreatite Pós-CPRE (principal complicação).

CPRE



Questão Estratégica – Conduta em Alto Risco



QUESTÃO UNIFESP - 2021

Mulher, 35 anos de idade, é admitida no PS com queixa de dor em cólica no hipocôndrio direito há 3 dias, com melhora há 1 dia, quando passou a apresentar urina escura e olhos amarelados. Exame físico: BEG, afebril, ictérica +/-4+. Ultrassonografia: cálculos na vesícula biliar e um cálculo no colédoco. Hemograma sem leucocitose, bilirrubina direta = 2,5 mg/dL (VR: < 0,3 mg/dL) e amilase = 105 UI/L (VR: < 125 UI/L). Colangiorressonância: hepatocolédoco medindo 10 mm contendo um cálculo de 1 cm. Qual é a melhor conduta?

- A) Papilotomia com retirada do cálculo por via endoscópica e colecistectomia laparoscópica na mesma internação.
- B) Papilotomia com retirada do cálculo por via endoscópica e colecistectomia laparoscópica, após 4 a 6 semanas.
- C) Papilotomia com retirada do cálculo por via endoscópica e colecistectomia laparoscópica em um só tempo cirúrgico, após 4 a 6 semanas.
- D) Colecistectomia por via laparoscópica e programar a realização de papilotomia endoscópica para clareamento da via biliar.

Comentário:

Estamos diante de uma paciente com Coledocolitíase Secundária confirmada:

- Clínica: Icterícia, colúria e cólica biliar.
- Imagem: O USG e a ColangioRM visualizaram o cálculo no colédoco.

Segundo os critérios da ASGE, visualizar o cálculo coloca a paciente no grupo de ALTO RISCO (>50% de probabilidade), com indicação direta de tratamento desobstrutivo.

A Sequência do tratamento:

O tratamento padrão-ouro para coledocolitíase envolve dois objetivos: limpar a via biliar (para resolver a icterícia/risco de colangite) e remover a vesícula (para evitar novos cálculos). A sequência preferencial na maioria dos serviços é:

1. CPRE (Papilotomia endoscópica): Retira o cálculo do colédoco.
2. Colecistectomia Videolaparoscópica: Retira a vesícula.

O "Timing" da Cirurgia:

Este é o foco da questão. Antigamente, esperava-se semanas para operar. Hoje, as evidências e diretrizes (SAGES, ASGE) são categóricas: a colecistectomia deve ser realizada na MESMA INTERNAÇÃO, idealmente 24 a 72 horas após a CPRE. Aguardar 4 a 6 semanas (como sugerem as letras B e C) expõe a paciente a um risco de 20% de eventos biliares recorrentes (nova cólica, colangite, colecistite ou pancreatite) nesse intervalo. Não se manda paciente com pedra para casa sem operar!

Análise das Alternativas:

A) CORRETA. CPRE + Cirurgia na mesma internação.

B e C) Incorretas. O intervalo de 4-6 semanas é obsoleto e perigoso (alto risco de recorrência).

D) Incorreta. Inverter a ordem (operar a vesícula com o colédoco obstruído) não é ideal. Se a CPRE pós-operatória falhar, o cirurgião terá criado um problema complexo. O ideal é garantir a limpeza da via biliar antes ou durante a cirurgia.

**CONEXÃO COM O CONTEÚDO**

Lembre-se da regra: Cálculo visto no colédoco → CPRE → Colectomia na mesma internação.

Gabarito: Letra A

Capítulo 2

COLANGITE AGUDA:

A EMERGÊNCIA SÉPTICA



FISIOPATOLOGIA E QUADRO CLÍNICO

A colangite aguda é a infecção bacteriana das vias biliares. Ela representa uma complicação temida da obstrução biliar e pode levar rapidamente à sepse e à morte. O quadro é desencadeado pela "tríade da fisiopatologia":

1. **Obstrução da Via Biliar** (geralmente por coledocolitíase, mas também por tumores ou estenoses).
2. **Aumento da Pressão Intraluminal** (a bile represada aumenta a pressão).
3. **Translocação e Proliferação Bacteriana** (a estase torna a bile um meio de cultura).

Microbiologia:

As bactérias mais comuns são as provenientes do trato gastrointestinal (TGI), sendo as Gram-negativas as protagonistas (Enterobactérias):

- Escherichia coli (Principal).
- Klebsiella.
- Enterobacter.
- Enterococcus (Gram-positivo) e anaeróbios (Bacteroides) podem aparecer em idosos ou infecções graves.

Reconhecimento Clínico (Charcot e Reynolds)

A apresentação clínica segue uma escada de gravidade. Você deve memorizar os epônimos clássicos:

1. A Tríade de Charcot (Forma Clássica)

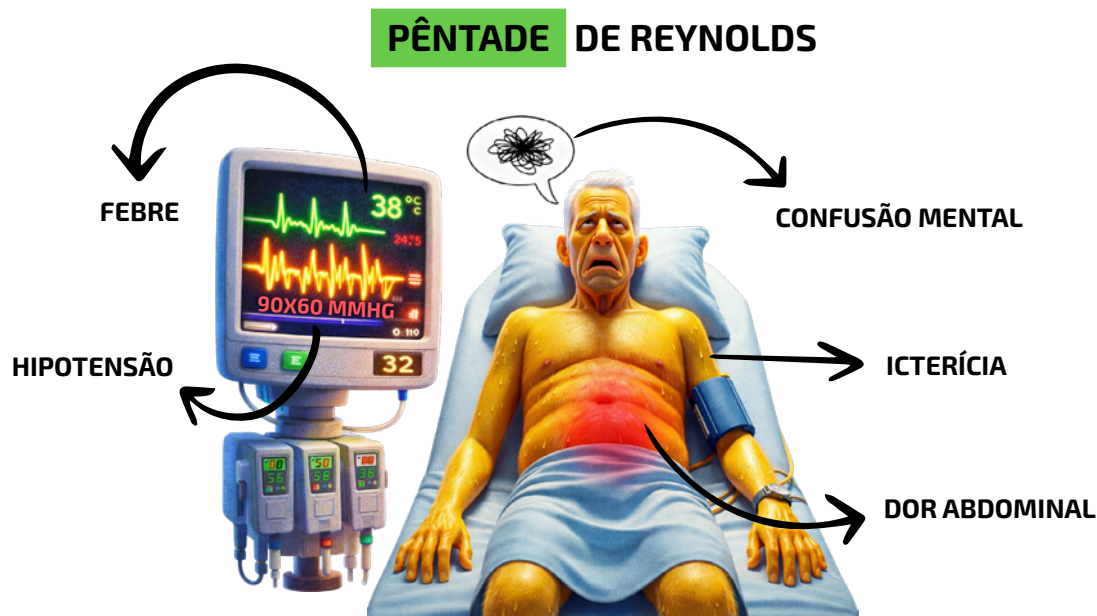
Presente em 50%–75% dos pacientes. Indica infecção local.

- **Febre** (com ou sem calafrios).
- **Icterícia** (Coolestase).
- **Dor Abdominal** (Hipocôndrio Direito).

2. A Pêntade de Reynolds (Forma Séptica/Grave)

Indica que a infecção evoluiu para choque séptico. É a Tríade de Charcot SOMADA a dois sinais de disfunção orgânica:

- **Hipotensão** (Choque).
- **Confusão Mental** (Rebaixamento do nível de consciência).



DIAGNÓSTICO E GRAVIDADE (TOKYO 2018)

Critérios Diagnósticos (A + B + C)

O diagnóstico formal segue o **Tokyo Guidelines 2018 (TG18)**. Para confirmar o diagnóstico, você precisa somar um item de cada pilar (A + B + C).

DIAGNÓSTICO TOKYO GUIDELINES



A



Colestase



- Bilirrubinas > 2
- Alteração de enzimas hepáticas (aumento FA, GGT, AST, ALT)

B

Sinais de **inflamação sistêmica**



- Febre > 38°
- Calafrios
- Leucocitose (>10.000/mm³ ou <4.000/mm³)
- PCR ≥1mg/dL

C



Achados de **imagem compatíveis**



- Visualização de etiologia dilatação da via biliar



DIAGNÓSTICO
Presença de
A + B + C

SUSPEITA
Apenas 2 de 3
(A + B / A + C ...)

Estratificação da Gravidade (O que define a Conduta)

Classificar o grau (I, II ou III) é vital, pois define se você corre para a endoscopia agora ou amanhã.

CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE

TOKYO GUIDELINES

GRAU I	Não se enquadra em II ou III	
GRAU II (PELO MENOS DOIS)	• Leuco > 12.000 ou <4000 • Febre > =39 • Bilirrubina > 5	• Hipoalbuminemia < 0,7XLIN • >75 anos
GRAU III (PELO MENOS UM)	• RNI > 1,5. • Diminuição do nível de consciência • PaO₂/FiO₂ < 300	• Oligúria, creatinina > 2,0 • Hipotensão que requer drogas vasoativas. • Plaquetas < 100.000/mm³.

CONDUTA E TRATAMENTO DEFINITIVO

Manejo Inicial (Os 3 Pilares)

A colangite aguda é uma emergência médica. O tratamento não pode ser adiado e baseia-se em um tripé fundamental: **Suporte Clínico, Antibioticoterapia e Drenagem da Via Biliar**.

A primeira medida, antes de qualquer exame invasivo, é a estabilização hemodinâmica.

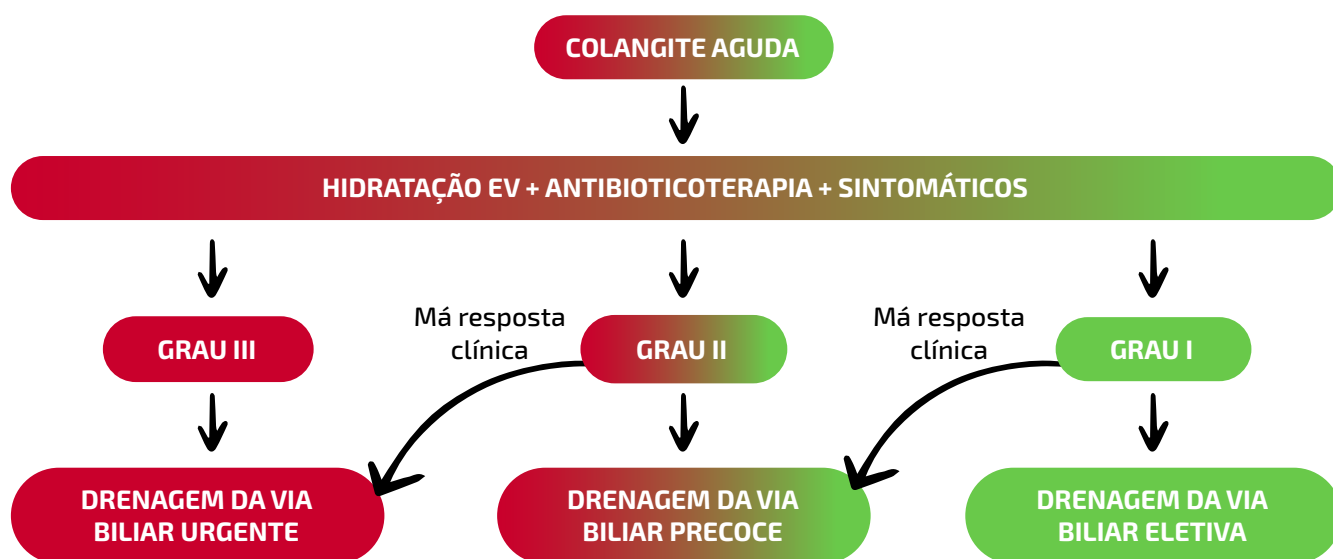
1. **Suporte e Estabilização:** Hidratação venosa vigorosa (o paciente séptico é hipovolêmico), monitorização contínua e analgesia. O jejum é mantido para permitir a endoscopia de urgência.
2. **Antibioticoterapia:** Deve ser iniciada na **primeira hora** (protocolo de sepse). Como a colangite tem alto risco de bacteremia, o esquema deve ser de amplo espectro focado em Gram-negativos entéricos (*E. coli*, *Klebsiella*) e anaeróbios. Exemplos: Ceftriaxone + Metronidazol ou Piperacilina-Tazobactam.

Drenagem Biliar: Quem, Quando e Como?

O antibiótico trata a bacteremia, mas não esteriliza a bile obstruída ("pus sob pressão"). O tratamento definitivo é a **Descompressão da Via Biliar**. A urgência desse procedimento é ditada pela gravidade (Tokyo Guidelines 18):

1. **O Tempo da Drenagem (Timing):**
 - **Grau III (Grave):** Drenagem **EMERGÊNCIA (Imediata)**. Assim que o paciente tiver condições respiratórias e circulatórias mínimas, deve ir para a sala de endoscopia. A demora é fatal.

- **Grau II (Moderada):** Drenagem **URGENTE (Precoce)**. Deve ser realizada dentro de **24 a 48h**.
- **Grau I (Leve):** Tratamento inicial conservador (apenas antibióticos). A drenagem fica reservada para casos que não respondem ao tratamento clínico após 24h ou para tratamento eletivo da causa (cálculo).

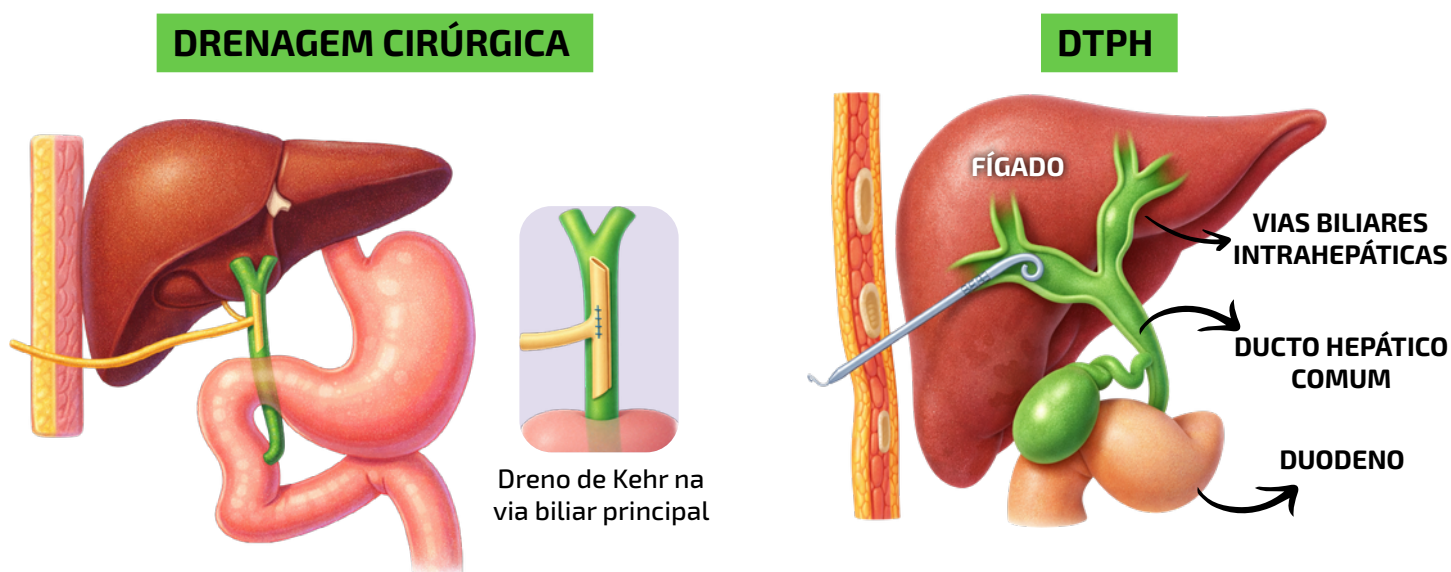


2. O Método de Drenagem (A “Rainha” CPRE):

O padrão-ouro é a **CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica)**.

- Vantagens: Minimamente invasiva, resolve a obstrução (retira a pedra ou coloca stent) e tem mortalidade muito menor que a cirurgia aberta.
- Técnica: Realiza-se a papilotomia (corte do esfíncter) e a varredura do colédoco.

Alternativas (Quando a CPRE falha): Se a CPRE não for possível (anatomia alterada, tumor intransponível), a segunda opção é a **Drenagem Transhepática Percutânea (DTPH)**, feita por radiologia intervencionista. A cirurgia aberta é a última opção, devido à alta morbidade no paciente séptico.



Tratando a Causa Base (Colecistectomia)

Se a causa foi uma pedra que desceu da vesícula (Coledocolitíase Secundária), o tratamento não acaba na drenagem. Precisamos "fechar a fábrica de pedras" para evitar recidiva. A sequência ideal de tratamento é:

1. **Primeiro Passo:** CPRE (Limpa o colédoco e resolve a colangite/icterícia).
2. **Segundo Passo:** Colecistectomia Videolaparoscópica (Remove a vesícula).

O Momento da Cirurgia (Same Admission): Idealmente, a colecistectomia deve ser realizada na **mesma internação**, cerca de **24 a 72 horas** após a CPRE (tempo para o paciente desinflamar e recuperar da colangite).

 **ALERTA DE CONDUTA:** Não dê alta para o paciente pós-CPRE sem tirar a vesícula! O risco de recorrência de sintomas ou nova colangite nas primeiras semanas é altíssimo. Se o paciente estiver estável, opere antes da alta.

Questão Estratégica — Classificação Tokyo



QUESTÃO FAMERP - 2024

Mulher de 20 anos, previamente hígida, comparece ao atendimento de emergência com queixa de dor abdominal localizada em região epigástrica e em hipocôndrio direito, do tipo cólica, intermitente, desencadeada após a ingestão de alimentos ricos em gorduras e/ou doces, associada a náuseas, com início há aproximadamente 8 meses e com piora há 5 dias, quando percebeu também coloração amarelada da pele e dos olhos. Refere ainda 1 episódio de febre aferida em 38°C, que cessou após uso de dipirona. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, desidratada (1+/4+), ictérica (2+/4+), FC = 72 bpm, PA = 100 x 60 mmHg, abdome plano, flácido, doloroso a palpação profunda do hipocôndrio direito, sinal de Murphy negativo. Realizou exames laboratoriais: Leucograma = 13600/mm³ (60% de segmentados); Proteína C Reativa = 3,0 mg/dl; Bilirrubina total = 6,0 mg/dl, Bilirrubina direta = 4,8 mg/dl. Ultrassonografia do abdome mostra presença de colelitíase, associada a dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas, com imagem hiperecogênica medindo 8mm localizada no colédoco distal. Considerando-se os critérios estabelecidos pelo Gui-deline de Tóquio 2018, assinale a alternativa que indica o provável diagnóstico e a conduta terapêutica mais adequada:

- A) Coledocolitíase sem colangite, colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.
- B) Coledocolitíase com colangite Tóquio I, colangeopancreatografia endoscópica retrógrada.
- C) Coledocolitíase com colangite Tóquio II, colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.
- D) Coledocolitíase sem colangite, videocolecistectomia com exploração intra-operató-ria das vias biliares.

Comentário:

1. A paciente apresenta a tríade clássica de obstrução biliar com infecção:
 - Obstrução: Icterícia (BD 4,8) + Dilatação de vias biliares + Cálculo no colédoco (USG).
 - Inflamação: Febre (38°C) + Leucocitose (13.600) + PCR elevada.
 - Pelo Tokyo Guidelines 2018 (TG18), ela fecha os critérios A + B + C (Inflamação Sistêmica + Colestase + Imagem). Portanto, não é apenas coledocolitíase; é Colangite Aguda.

2. Classificação de Gravidade (O "Pulo do Gato"):

Agora precisamos estadiar para definir se é Grau I, II ou III.

- É Grau III (Grave)? Não. A paciente está hemodinamicamente estável (PA 100x60), sem confusão mental ou disfunção orgânica descrita.
- É Grau II (Moderada)? Para ser moderada, precisa de 2 critérios de risco. Vamos checar os dados dela:
 1. Leucocitose > 12.000? SIM (Tem 13.600).
 2. Bilirrubina Total > 5 mg/dL? SIM (Tem 6,0).
 3. Febre > 39°C? Não.
 4. Idade > 75? Não.
 5. Hipoalbuminemia? Não informado.

Como ela possui dois critérios positivos (Leucocitose alta e Hiperbilirrubinemia grave), ela é classificada como Tokyo II (Moderada).

3. Conduta:

A conduta para Colangite é antibiótico + Drenagem da Via Biliar. O método de escolha (padrão-ouro) é a CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica). Para o Grau II, a drenagem deve ser precoce (nas primeiras 24-48h).

Análise das alternativas:

- A e D) Incorretas. O termo "sem colangite" está errado, pois há evidência clara de infecção (febre/leucocitose).
- B) Incorreta. Classificou erroneamente como Grau I.
- C) CORRETA. Diagnóstico exato (Colangite Grau II) e tratamento padrão (CPRE).



CONEXÃO COM O CONTEÚDO

Esta questão exige que você saiba os valores de corte do Tokyo Grau II (Moderada). Se tiver dois desses, já é Grau II:

- Leucócitos > 12.000 ou < 4.000 .
- Bilirrubina > 5
- Febre ≥ 39
- Idade > 75
- Hipoalbuminemia

Revisão Final

O manejo das doenças obstrutivas da via biliar é uma das sequências lógicas mais cobradas em prova. Pense sempre no raciocínio progressivo: o cálculo migra da vesícula para o colédoco, causando estase e, se não tratado, infecção (colangite). Se você identificar icterícia flutuante, colúria e acolia, a suspeita é forte para coledocolitíase. Se somar a tríade de Charcot (Febre + Dor + Icterícia), você tem uma colangite. Se somar a pêntade de Reynolds (Tríade + Choque + Confusão), você tem uma emergência de Grau III (Sepse Biliar). A chave na colangite é iniciar antibióticos imediatamente e drenar a via biliar (CPRE) de forma urgente ou precoce, a depender da gravidade do Tokyo 2018. Nos casos sem infecção, a estratificação de risco ASGE (Alto/Intermediário/Baixo) determina se o paciente vai direto para a CPRE ou se precisa de uma ColangioRM confirmatória antes de drenar.

Resumo em 1 minuto

- **Coledocolitíase (Pedra no Colédoco):** Causa icterícia flutuante e síndrome colestática (icterícia, colúria, acolia).
- **Estratificação ASGE:** Alto Risco (cálculo na imagem, colangite, $BT > 4$ e colédoco dilatado) → CPRE direta. Intermediário Risco → ColangioRM (padrão-ouro diagnóstico não invasivo).
- **Colangite (Infecção Biliar):** Tríade de Charcot (Febre + Icterícia + Dor em HD) é o quadro clássico. Pêntade de Reynolds (Charcot + Hipotensão + Confusão) é o quadro grave (Grau III).
- **Manejo Inicial (Colangite):** Suporte + Antibióticos (prioridade máxima).
- **Drenagem (Tokyo):** Grau III (Urgente/Imediata). Grau II (Precoce/24-48h). CPRE é o método de escolha para desobstrução.
- **Tratamento Definitivo:** CPRE (remoção do cálculo) + Colecistectomia VLP (remoção da fonte) na mesma internação (se não for Grau III).

PRESCRIÇÃO NA PRÁTICA: COLANGITE AGUDA (EMERGÊNCIA BILIAR)



PRESCRIÇÃO



Cenário: Paciente icterico, febril, com dor em HCD e hipotenso

1. **Dieta Zero (Jejum Absoluto).** (⚠️ *Nota: Preparo imediato para procedimento de drenagem [CPRE] e risco de rebaixamento do nível de consciência.*)
2. **Ringer Lactato ou SF 0,9% — 30 ml/Kg | EV | Correr Aberto (Rápido).** (⚠️ *Alerta de Choque: Na colangite grave, a hipotensão é comum. Expansão volêmica do pacote sepsé é o primeiro passo da reanimação.*)
3. **Ceftriaxona 1g | EV | 12/12h.** (*Cobre Enterobactérias da via biliar. Dose plena.*)
4. **Metronidazol 500mg | EV | 8/8h.** (*Associado para cobrir Anaeróbios, frequentes em obstruções totais ou manipulações prévias.*)
5. **Dipirona 1g | EV | 6/6h.**
6. **Tramadol 50mg a 100mg | EV | 8/8h Se Dor Forte.**
7. **Ondansetrona 8mg | EV | 8/8h Se náuseas/Vômitos.**
8. 🚑 **SOLICITAÇÃO DE CPRE (Urgência).** (⚠️ *O Grande Destaque: Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica*)
 - **Se estável (Charcot):** *Drenar nas primeiras 24-48h.*
 - **Se instável/choque (Reynolds):** *Drenagem DE EMERGÊNCIA (Agora!). “Pus sob pressão não espera antibiótico fazer efeito”*



 DR. LUX / MÉDICO

Agora que você viveu a metodologia *MED-Review*...

...imagine ter esse nível de clareza, didática e estratégia em TODA a Medicina?

O Extensive *MED-REVIEW* está com inscrições abertas e, se você chegou até aqui, já sabe:

O momento certo para entrar é agora.

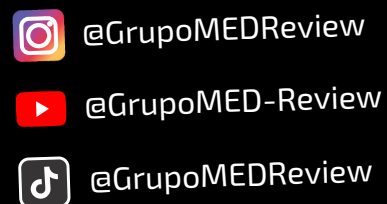
No Extensive você encontra:

- ✓ **Aulas curtas, ilustradas e narrativas** que fazem até os temas mais complexos parecerem simples
- ✓ **Qbank** com milhares de questões comentadas alternativa por alternativa
- ✓ **Flashcards** com repetição espaçada e memória visual, do jeito que o cérebro realmente aprende
- ✓ **Simulados mensais** para você treinar como prova
- ✓ **Didática ABSURDA** que acelera sua aprendizagem de verdade

Acesse agora e descubra por que quem estuda com a *MED-REVIEW* aprende mais, lembra mais e aprova mais.



Siga-nos



MED-REVIEW

